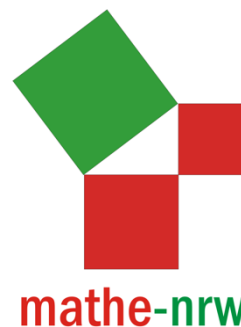


# Landesverband Mathematikwettbewerbe Nordrhein-Westfalen e.V.



Geschäftsstelle: Spindelstr. 120a, 33604 Bielefeld, Tel.: 0521-2701701,  
Fax: 0521-2702703, E-Mail: kontakt@mathe-nrw.de, www.mathe-nrw.de

## Aufnahmeantrag

Der Landesverband Mathematikwettbewerbe Nordrhein-Westfalen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, in dem wir ehrenamtlich an der Verwirklichung folgender Ziele arbeiten:

- Interesse und Freude an der Mathematik sollen geweckt und verstärkt werden.
- Mathematisch interessierte und begabte Schülerinnen und Schüler sollen erkannt und gefördert werden.

Ich möchte die genannten Ziele durch meine Mitgliedschaft im Landesverband Mathematikwettbewerbe Nordrhein-Westfalen e.V. unterstützen.

Name: ..... Vorname:.....  
Straße:..... PLZ, Ort:.....  
Telefon:..... Telefax:.....  
E-Mail:..... Geburtsdatum:.....

Der Mindestbeitrag beträgt 10,- €. Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Ich bin bereit, freiwillig einen höheren Mitgliedsbeitrag zu zahlen, und zwar in Höhe von

20,- €     30,- €     40,- €     50,- €     ....., - €.

Der erhöhte Mitgliedsbeitrag kann jeweils zum Jahresende wieder auf den Mindestbeitrag reduziert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Konto per SEPA-Lastschrift eingezogen wird.

Das notwendige SEPA-Lastschriftmandat erteile ich auf dem zugehörigen Formular.

Ort, Datum:..... Unterschrift\*:.....

\*Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Landesverbands Mathematikwettbewerbe NRW e.V. an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für vereinsinterne Angelegenheiten gespeichert werden.

Der Landesverband Mathematikwettbewerbe NRW e.V. ist beim Amtsgericht Köln eingetragen (VR 20170), durch das Finanzamt Köln-Ost als gemeinnützig anerkannt und zur Ausstellung von Spendenquittungen berechtigt  
Bankverbindung: IBAN: DE08 4105 0095 0000 1635 68; Sparkasse Hamm; BIC: WELADED1HAM,  
Gläubiger\_Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000728196; Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)  
Vorsitzender: Michael Casper, Schatzmeisterin: Dr. Eva Lück, EL@mathe-nrw.de

# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Landesverband Mathematikwettbewerbe NRW e.V., z.Hd. Schatzmeisterin Dr. Eva Lück

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Hyazinthenweg 4a

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

51069 Köln

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

| D E 0 8 Z Z Z 0 0 0 0 7 2 8 1 9 6 |

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:** Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**